



## DIREITO À SAÚDE, INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: REFLEXÕES SOBRE A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NO CAMPO DA SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Violêta Maria da Silva Nolêto<sup>1</sup>  
Edna Maria Goulart Joazeiro<sup>2</sup>

### RESUMO

O artigo apresenta uma análise de recorte da pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI), tendo por objetivo compreender relevantes questões do campo da Infância e da Adolescência, na interface com o direito à saúde. Analisa a intervenção dos profissionais nos serviços de saúde em nível de Média Complexidade no município de Timon-MA. O estudo é uma revisão de literatura correlacionado com fontes de informações oficiais do município. Enfatiza-se que os profissionais, na esfera da Média Complexidade desenvolvem seu trabalho mediante ações individuais e coletivas, de caráter interdisciplinar, buscando viabilizar o acesso desse público à Política de Saúde na busca da efetivação da proteção integral prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente e nas demais políticas que demandam.

**Palavras-chave:** Adolescente. Criança. Direito Social. Política de Saúde.

### INTRODUÇÃO

A questão do direito à saúde e o enfrentamento das múltiplas formas de vulnerabilidade social num país fortemente marcado pela desigualdade social requer a consolidação e o fortalecimento de políticas sociais para o enfrentamento das disparidades locais e regionais, sem perder de vista a defesa do direito a vida, a saúde, à educação, enfim, requer a afirmação dos Direitos Humanos (COMPARATO, 2015, p. 242 *et seq.*).

No Brasil, o acesso à saúde está previsto e assegurado na Constituição Federal de 1988, ancorado num conjunto de leis do âmbito federal, estadual e municipal, bem como se materializa em normativas do Ministério da Saúde em consonância com as normativas da Organização Mundial de Saúde. A luta pela Reforma Sanitária – movimento que contou amplamente com a participação de intelectuais, trabalhadores e da Sociedade Civil organizada

---

<sup>1</sup>Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, UFPI. Assistente social e Especialista em Políticas Públicas para Crianças e Jovens pela Universidade Federal do Piauí, UFPI. Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde, Presidente do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e Secretária executiva do Conselho Municipal de Saúde, em Timon-MA. E-mail: [flower\\_violeta@hotmail.com](mailto:flower_violeta@hotmail.com).

<sup>2</sup> Professora Adjunta, docente e pesquisadora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, UFPI. Pós-doutorado em Serviço Social pela PUC-SP. Doutora e mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. E-mail: [emgoulart@uol.com.br](mailto:emgoulart@uol.com.br).



– culminou com a aprovação do artigo Art. 196 da Carta Magna brasileira, que define a saúde como,

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal do Brasil, 1988, art. 196).

O artigo 194 estabelece que a Seguridade Social “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Nesta perspectiva a lei estabelece que compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: i) universalidade da cobertura e do atendimento; ii) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; iii) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; iv) irredutibilidade do valor dos benefícios; v) equidade na forma de participação no custeio; vi) diversidade da base de financiamento; vii) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Com a Constituição Federal de 1988, a Política de Saúde alcança o status de Política Social, se amplia o conceito de saúde e ao Estado compete à responsabilidade de garantir esse direito por meio de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (BRASIL, 1988).

No Brasil, após a Carta Magna, dá-se a ampliação do debate sobre o conceito de saúde, tomando-se por base a definição da saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (WHO, 2014), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS/ WHO). A saúde passa a compor juntamente com as políticas de Assistência Social e a de Previdência Social, o tripé da Seguridade Social, sendo que com a consolidação do SUS, a Saúde passa a ter nos determinantes sociais a centralidade no processo de produção do cuidado, os quais são fundamentais para a compreensão e a busca da potência das ações no campo da saúde.

Nosso estudo elegeu o recorte analítico de refletir sobre o direito à saúde na esfera da Média Complexidade na sua relação com o direito à saúde da Criança e do Adolescente no município de Timon, MA. Uma análise atenta para a história do Direito da Criança e do Adolescente no Brasil revela que as práticas sociais voltadas aos estratos empobrecidos da



classe trabalhadora têm marcas assistencialistas, corretivas e repressoras (MELIM, 2012, p. 168). Afirma Melim que o reconhecimento de uma política pública direcionada para o atendimento à Infância e Adolescência no Brasil somente foi possível com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, pois foi a partir desse marco que se instaurou o reconhecimento constitucional de criança e do adolescente como sujeitos de direito em situação peculiar de desenvolvimento com a adoção da Doutrina da Proteção Integral (2012, p. 167).

A Doutrina da Proteção Integral afirma o valor da criança e do adolescente como seres humanos e preconiza a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento. Nesta perspectiva cabe à família, à sociedade e ao Estado estabelecer uma relação de proteção. De modo especial, ao Estado compete atuar através de políticas específicas para o atendimento, a promoção e a defesa dos direitos desse segmento de população.

No contexto da atual conjuntura social, política e econômica, em face de fragmentação e da desregulamentação de direitos e das políticas sociais, faz-se necessário voltar o olhar para a saúde pública e compreender os limites e avanços da Política de Saúde, com destaque para as instituições de Média Complexidade de um município do Estado do Maranhão, bem como analisar o processo de cuidado indispensável para gerir as interfaces do trabalho das diversas profissões que atuam mediante ações individuais e coletivas, de caráter interdisciplinar nestas instituições. Contudo nossa análise almeja nesse artigo, compreender como os serviços de saúde estão organizados no nível de média complexidade no território, bem como a forma como é desenvolvido o processo de trabalho das diversas profissões nesta esfera de intervenção, voltadas ao público da Infância e Adolescência.

## **METODOLOGIA**

O estudo consiste numa revisão de literatura, a partir de revisão de produção bibliográfica da área de Saúde, Infância e Adolescência, e informações do município na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Relatório de Informações Sociais (SAGI), assim como normativas e documentos, como o Relatório Anual de Gestão 2016 da Secretaria Municipal de Saúde, o Diagnóstico da realidade de crianças e adolescentes e o Plano Decenal de Direitos de Crianças e Adolescentes do município de Timon, MA.

O presente artigo apresenta uma análise de um recorte da pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI), e tem por objetivo compreender relevantes questões do campo da Infância e da Adolescência, na interface com o direito à saúde, bem como a intervenção dos profissionais nos serviços de saúde em nível de Média Complexidade no município de Timon, no estado do Maranhão, neste estudo especificamente, centrado no público da Infância e Adolescência.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Política de Saúde no Brasil**

A política de Saúde tem sido alvo de produções acadêmicas de autores como Possas, 1989; Minayo, 2006, Souza; Minayo, 2010, Adorno, 2010, Vasconcelos, 2012, Bravo, 2009, que analisam respectivamente, o impacto do perfil epidemiológico, da violência, da violência estrutural, do envelhecimento, da desigualdade social no processo de adoecer e do morrer no Brasil. Para introduzir essa discussão é indispensável, inicialmente, analisar a trajetória histórica da Política de Saúde, perpassando pelas suas normativas, leis e regulamentos.

Em relação à Política de Saúde no Brasil é importante traçar um breve percurso que essa política percorreu desde o século XVIII até a consolidação do Sistema Único de Saúde. Segundo Bravo (2009) no século XVIII, a assistência médica era pautada tanto pela filantropia como na prática liberal. Já no século XIX, por conta das mudanças devidas ao capitalismo, surgiram iniciativas no campo da saúde pública, tais como vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas. No século XX, sobretudo, a partir dos anos de 1930 e também em decorrência de determinantes econômicos, políticos e sociais a saúde passa a ser percebida como expressão da questão social no Brasil.

Ainda, de acordo com Bravo e Matos (2007), a organização da Política de Saúde ocorria em dois setores: o de Saúde Pública e o de Medicina Previdenciária. Até início da década de 1980, o modelo priorizado foi a Medicina curativa e no período da ditadura militar houve grande investimento na privatização dos serviços de saúde. Esse modelo foi e será sempre incapaz para solucionar os principais problemas de saúde coletiva.

Na década de 1980, tem-se como marco para avanços na política de saúde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. Essa teve como objetivo apresentar uma política de saúde em conformidade com a lógica da



universalidade, integralidade e como uma política que deveria fazer parte da seguridade social. Nesse sentido, é proposta a Reforma Sanitária que visava à implementação e implantação de um Sistema Único, o qual de fato, se torna um modelo de Saúde Pública. Entretanto, essas conquistas vêm junto com a consolidação do neoliberalismo no país, com um ideário de redução da intervenção estatal, incentivo à privatização e expansão de políticas focalizadas e seletivas, como assinala Behring (2009). Assim, o neoliberalismo representa “a volta ao indivíduo, ao reino privado e ao conseqüente desmantelamento da institucionalidade contemporânea” (OLIVEIRA, 1999, p. 55).

No contexto do neoliberalismo e de “reforma” do Estado Draibe (1993) aponta que as políticas sociais são marcadas pelo trinômio do neoliberalismo: privatização, focalização/seletividade e descentralização. Esse trinômio reflete como se configura na atualidade a política de saúde, que tem um caráter universal, mas apresenta fragilidades, pois ainda não é possível atender a todos em suas necessidades básicas nos serviços de saúde, e a “saúde pública padece da falta de recursos, o que se evidencia em longas filas, na demora para a prestação de atendimentos, na falta de medicamentos e na redução de leitos” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 161) hospitalares.

Ainda na esteira dessa reflexão sobre os marcos legais da Saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), modo como tem sido executada uma política pública na área da saúde, foi consagrado em 1990 com a lei nº 8080. Esta trouxe grandes mudanças na forma como o Estado respondia à demanda por uma política pública de saúde.

Entre essas mudanças, destacam-se as novas formas de reorganização do trabalho na saúde, organizadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema que buscam atender aos princípios da Reforma Sanitária, quais sejam: universalidade, integralidade, descentralização, participação da comunidade, entre outros (BRASIL, 1990). Assim, entende-se que:

O SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos. Seus avanços são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime (BRASIL, 2007, p. 14).



Além disso, esta lei traz uma nova configuração para a execução da política que passa a ser classificada em três níveis de atenção: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, com intuito de atender os princípios e diretrizes do SUS.

A Atenção Básica compreende “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2007, p. 16), sendo assim, a Atenção Básica desenvolve-se por meio de ações das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no território e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que é a porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde pública, conforme preconizado nos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação social previstos no SUS.

O Ministério da Saúde define Média Complexidade como um conjunto de “ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento” (BRASIL, 2007, p. 17). Por sua vez, a alta complexidade no SUS refere-se a um conjunto de procedimentos que, “envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)” (BRASIL, 2007, p. 18).

Vale ressaltar que a partir de revisão bibliográfica sobre essa temática, é perceptível um número significativo de produções na área de Atenção Básica e dos Serviços de Alta Complexidade, aqui compreendido um enfoque nos hospitais, ao contrário das discussões relacionadas às instituições de Média Complexidade.

### **A garantia do direito à saúde nos serviços de Média Complexidade voltados à Infância e Adolescência no Município de Timon-MA**

A realidade do município de Timon, do Estado do Maranhão, uma cidade de grande porte de 155.460 habitantes (IBGE, 2010), com gestão plena de Saúde e com oferta de serviços de saúde nos níveis de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. Para se analisar os serviços de Média Complexidade na Saúde e a atuação da equipe interdisciplinar, com ênfase na intervenção do assistente social no campo da Infância e Adolescência, é necessário conhecer a análise situacional desse público específico, bem como de suas famílias, com destaque para



aquelas em situação de vulnerabilidade social, e que exige respostas do governo, por meio da oferta de serviços e de múltiplas interfaces de políticas públicas no sentido de enfrentar a questão social referente a Crianças e Adolescentes do município.

No município de Timon, segundo dados do IBGE (2010), o número de crianças e adolescentes é de 58.915, sendo 40.252 crianças na faixa etária de menores de 1 ano a 12 anos, e os adolescentes, um total de 18.663 na faixa etária de 13 a 18 anos. Dados estatísticos do IBGE publicados no Panorama Municipal segundo Censo Demográfico 2010 (BRASIL, 2010), apontam que na população de adolescentes, na faixa etária de 13 e 15 anos, no município de Timon houve crescimento significativo, pois o número de adolescentes com idade de 13 anos aumentou para 250, enquanto que os de 15 anos para 268. A única faixa etária de adolescentes que apresentou diminuição foi de 14 anos com diferença de 25 adolescentes entre os anos de 2000 a 2010.

Ampliando o debate e associando os dados supracitados à situação de vulnerabilidade social, entende-se a importância de se analisar os dados das famílias registrados no Cadastro Único para Programas Sociais (CADÚnico), o qual é responsável por reunir “informações socioeconômicas das famílias brasileiras de baixa renda – aquelas com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa”. Esclareça-se que mediante o uso dessa tecnologia, o governo federal tem acesso as informações que permitem “conhecer as reais condições de vida da população e, a partir dessas informações, selecionar as famílias para diversos programas sociais” (BRASIL, 2017).

Vale ressaltar que a vulnerabilidade social é compreendida como “decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social” (BRASIL, 2005, p. 33). No que diz respeito à vulnerabilidade social no município, os dados registrados no CADÚnico revelam que o município de Timon tem 34.784 famílias cadastradas, até o mês de agosto de 2017, sendo um total de 97.568 pessoas, e dentre estas famílias, **920.249 são beneficiárias do Programa Bolsa Família, o que corresponde a uma cobertura de 114,4% da estimativa de famílias vulneráveis de Timon.**

**Segue para análise, o registro do perfil das famílias cadastradas do CADÚnico relativo a renda *per capita* do município:**

Tabela 1. Registro de famílias no CADÚnico no município de Timon, MA

Renda <i>per capita</i> familiar	Número de Famílias cadastradas
De até R\$ 85,00	20.344
Entre R\$ 85,01 e R\$ 170,00	4.541
Entre R\$ 170,01 e meio salário mínimo	5.530
Acima de meio salário mínimo	4.369

FONTE: MDSA, 2017

A partir do conhecimento desta realidade social das crianças e adolescentes, e das famílias em situação de vulnerabilidade social do município de Timon, é perceptível a necessidade de articulação e fortalecimento de políticas públicas para enfrentar as expressões da questão social. Acrescenta-se a discussão, a preocupação que emerge da fragilização dos serviços de saúde na Média Complexidade, inclusive acompanhando o debate circunscrito sobre o fluxo de demandas e a superposição entre os níveis de complexidade. A oferta de Serviços da Média Complexidade no município de Timon é realizada por meio de nove instituições de saúde, as quais estão dispostas na tabela a seguir:

Tabela 2. Instituições de saúde de Média Complexidade de Timon, MA

VINCULAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	NÚMERO DE INSTITUIÇÕES	LOCALIZAÇÃO POR BAIRRO (INSTITUIÇÕES)
Crianças e adolescentes com deficiência	01	Santo Antônio (01)
Pessoas vivendo com HIV	01	Centro (01)
Especialidades para público geral	03	Parque Alvorada (01) Parque Piauí (02)
Saúde da mulher	01	Parque Piauí (01)
Saúde mental (crianças e adolescentes; adultos; usuários de álcool e outras drogas)	03	Centro (01) Parque Alvorada (01) São Benedito (01)

FONTE: Relatório Anual de Gestão 2016, Secretaria Municipal de Saúde de Timon, 2016

O artigo faz um recorte dos Serviços de saúde destinados ao atendimento e acompanhamento do público específico de Crianças e Adolescentes, que compreende duas instituições, a saber, o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) e o Centro Integrado de Atendimento Educacional Especializado (CIAEE). Se tomarmos por base as duas instituições de saúde de média complexidade voltadas a esse público no cenário municipal,

observa-se que ambas tem no quadro de profissionais uma diversidade de profissões que seguem descritas na Tabela 3:

Tabela 3. Instituições de Saúde de Média Complexidade destinadas ao atendimento de crianças e adolescentes em Timon, MA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL (CAPSi)		CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO (CIAEE)	
PROFISSIONAIS	NÚMERO DE PROFISISONAIS POR ÁREA	PROFISSIONAIS	NÚMERO DE PROFISISONAIS POR ÁREA
Médico Clínico	01	-	-
Médico Psiquiatra	01	-	-
Enfermeiro	01	-	-
-	-	Fisioterapeuta Geral	05
Fonoaudiólogo	01	Fonoaudiólogo	03
Terapeuta Ocupacional	01	Terapeuta Ocupacional	02
Nutricionista	01	-	-
-	-	Psicopedagogo	01
Psicólogo Clínico	03	Psicólogo Clínico	03
Assistente Social	01	Assistente Social	01

FONTE: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – 2017

A atuação das diversas profissões nos Serviços de Média Complexidade, requisita e exige uma organização do trabalho marcado pela presença de diversos núcleos de saberes específicos de cada profissão indispensáveis para gerir o processo de cuidado de suas especialidades, contudo, requisita ao mesmo, que o profissional de cada profissão seja capaz de um agir coletivo, marcado pela compreensão de aspectos advindos da dinâmica societal, esteja atento aos riscos inerente do viver numa sociedade marcada por múltiplas formas de vulnerabilidade (BRASIL, 2005) e de riscos sociais.

Sendo assim, a produção do cuidado na Saúde de Média Complexidade no campo da atenção aos agravos à Saúde na Infância e na Adolescência, requer a presença de saberes adstritos ao campo da Saúde, entendimento da dimensão sócio jurídica inerente à vida da criança submetida aos cuidados parentais e familiares, e do adolescente, etapa de vida marcada por uma gradual ampliação da relativa autonomia, mas ainda sob responsabilidade dos pais ou responsáveis legais.

No curto espaço de tempo do cuidado, os profissionais tencionam identificar e compreender a natureza dos agravos à saúde, propor uma intervenção pertinente nos serviços sob a sua responsabilidade, e instruir os genitores ou os responsáveis legais, sobre a necessidade de cuidados e terapêuticas a serem seguidas. Ou seja, a interface entre campos se constitui um



ingrediente inerente e indissociável desse processo de intervenção na vida da criança e de sua família, intervenção esta realizada em consonância com os saberes específicos nascidos de seu patrimônio de saber oriundo de sua profissão, aqueles que Campos (2000, p. 228) denomina, saberes do núcleo de saber e daqueles construídos na relação entre campos de conhecimentos que, de uma certa forma, emergem das histórias de vidas narradas, dos exames e do uso de tecnologias de cuidado e dos indicadores presentes em parâmetros inerentes à cada campo de conhecimento da Saúde (CAMPOS, 2000, p. 225).

Assim, na perspectiva de compreender o cotidiano das práticas de saúde vivenciadas pelas equipes profissionais no trabalho interdisciplinar, coaduna-se com a reflexão de Silva; Mendes (2013, p. 50) que afirmam ser o cotidiano “um espaço privilegiado para a análise e a construção de práticas e estratégias profissionais e de políticas capazes de transpor o modelo médico assistencial hegemônico”, no sentido de garantir os princípios da “equidade e justiça social” na garantia e efetivação da política de saúde.

Nesse contexto de efetivação da Política de Saúde, vale destacar a importância da atuação da equipe interdisciplinar nos diferentes espaços ocupacionais, e nesse estudo com ênfase nos serviços de média complexidade destinados ao atendimento de crianças e adolescentes. Assim, embora tenha sido uma prática difundida como a “ordem do dia” - a interdisciplinaridade - reflexões apontam que é necessário compreender “os constrangimentos históricos e concretos que se colocam à sua construção” (MENDES; SILVA, 2013, p. 50).

Ainda, é importante destacar que o município de Timon, no ano de 2014, elaborou o Plano Decenal dos Direitos das Crianças e Adolescentes, por meio de articulação do Conselho Municipal dos Direitos de Crianças e Adolescentes (CMDCA), Conselho Tutelar, políticas públicas de Assistência Social, Saúde, Educação, com participação do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública, consolidando assim, a efetiva participação das instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes do Município.

O plano teve por finalidade orientar e cobrar do poder público federal, estadual e municipal a implementação e o acompanhamento de políticas públicas que garantam efetivamente o cumprimento dos direitos humanos desse segmento de população, e buscou ainda definir os parâmetros e prazos para que também os Estados, municípios e Distrito Federal



elaborassem seus respectivos Planos Decenais, por meio da Resolução n. 161, do CONANDA, de 04/12/2013 (TIMON, 2014).

Uma análise atenta as Tabela 1, Tabela 2 e Tabela 3 evidenciam que a vulnerabilidade social presente neste cenário municipal, requisita as ações conjuntas entre Saúde, Educação e Assistência Social e Sistemas de Garantia de Direitos. Essa convergência entre estas políticas se constitui num imperativo ético de buscar a superação desse cenário de desigualdade no acesso às diversas políticas sociais adstritas ao campo da Infância e Adolescência, nas suas interfaces com os campos sociojurídico e o campo das violações de direitos, cuja perspectiva de intervenção remete à necessidade de ampliação da intersectorialidade das diversas políticas para tornar possível a transformação desses cenários marcados por vulnerabilidade, risco social e pessoal intensos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Uma análise atenta à história dos últimos trinta anos do país identifica que a Política de Saúde alcançou muitos avanços a partir da Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS, dentre outros marcos legais, contudo no que tange ao enfrentamento da desigualdade social, as políticas assistenciais em vigor, dado seu caráter focalista tem revelado profundas fragilidades, uma vez que o neoliberalismo impõe uma tendência a restrição e redução de direitos, e as políticas sociais tendem a transformar-se em ações pontuais.

Entretanto, o direito a saúde, está para além da necessidade objetiva de ter as condições necessárias para ausência de doença, mas, coaduna-se na perspectiva do conceito ampliado de saúde, e compreende os determinantes e condicionantes de saúde, em que as condições socioeconômicas, fatores ambientais, alimentação, trabalho, interferem diretamente na saúde individual e coletiva dos sujeitos, aqui compreendidos como sujeitos sociais, e tem necessidades básicas e sociais, que se sobrepõem apenas as necessidades físicas. Nessa perspectiva, identificou-se que os profissionais, na esfera do Serviço de Saúde de Média Complexidade desenvolvem seu trabalho interdisciplinar, buscando viabilizar o acesso das crianças e adolescentes à Política de Saúde e à garantia de sua proteção integral prevista no ECA e nas políticas nas quais se inserem.

Uma análise rigorosa para os desafios que estão postos na atualidade nas interfaces entre os campos das Políticas de Saúde, de Educação e da Assistência Social, apontam para o



imperativo ético de consolidar ações intersetoriais, onde as questões pedagógicas, epistemológicas, políticas e assistenciais caminhem na direção do enfrentamento das adversidades presentes nos espaços sociais dos grandes centros urbanos e no espaço das ruralidades de forma a compor um conjunto de ações consequentes, sólidas e marcadas pela defesa da vida e da cidadania.

## REFERÊNCIAS

- ADORNO, R. C. F. *Violência, sofrimento social e a Saúde Pública*. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 9, jul. 2010, p. 1-25.
- BEHRING, E. R. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/ OMS/ Ministério da Saúde, 2009, p.13-39.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.2)
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Brasil: Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**, 1. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Senado, Brasília, DF: 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm). Acesso em: 10 de julho de 2016.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 de julho de 1990.
- BRASIL. **Lei nº. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm). Acesso em: 10 de julho de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. BRASÍLIA, DF: 2017. Disponível em: <https://www.datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>. Acesso em: 03 de setembro de 2017.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA). SAGI. **Relatório de Informações Sociais (SAGI)**. 2017. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIv3/geral/relatorio.php#Benefícios>. Acesso em: 20 de setembro de 2017.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Brasília, DF: 2005. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acesso em: 22 de setembro de 2017.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Panorama Municipal segundo Censo Demográfico 2010**. BRASÍLIA, DF: 2010. Disponível em: [https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/carrega\\_pdf.php?rel=panorama\\_municipal](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/carrega_pdf.php?rel=panorama_municipal). Acesso em: 15 de setembro de 2017.
- BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2009, p. 88-110.



BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.2, p. 219-230. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: 18 de setembro de 2017.

COMPARATO, F. K. A Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. **A afirmação dos Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 237-252.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista USP**, n. 17. São Paulo: Ed. da USP, 1993. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo de 2010. Município de Timon**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ma/timon/panorama>. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

IBGE. POP\_IBGE\_SINASC\_2016IBGE\_ESTIMATIVA\_2012\_SINASC\_2014(1). Censo 2010. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.pni.datasus.gov.br/downloads.asp>. Acesso em: 18 de setembro de 2017.

MELIM, J. I. Trajetória da Proteção Social brasileira à Infância e à Adolescência nos marcos das relações sociais capitalistas. **Serviço Social & Saúde**. UNICAMP, Campinas, v. 11, n. 2 (14), jul./dez 2012, p. 167-184. Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/issue/view/292/showToc>. Acesso em: 19 de setembro de 2017.

MINAYO, M. C. S. Expressões culturais de violência e relação com a saúde. In: **Violência e Saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde Coletiva, pp. 83-107. ISBN 978-85-7541-380-7. Available from SciELO Books

OLIVEIRA, F. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: OLIVEIRA, F. (Orgs.) **Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global**. Petrópolis, RJ: Vozes; Brasília: NEDIC, 1999, p. 55-81.

PIMENTA, A.L. Presidente do COSEMS afirma que prefeituras investem mais que Estados e União no financiamento do SUS. **Jornal do CREMESP**. Edição 215, 7/2005. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Jornal&id=531>. Acesso em: 10 de agosto de 2016.

POSSAS, C. **Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.

SILVA,

L. B.; MENDES, A. G. Serviço Social, Saúde e a interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. **Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. São Paulo: Papel Social, 2013, p. 49-64.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. 2010, vol. 15, n. 6, pp. 2659-2668. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext\\_pr&pid=S1413-81232010011800001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S1413-81232010011800001). Acesso em: 10 de setembro de 2017.

TEMPORÃO, J.G. (entrevista) **Revista CONASEMS**, ano II, n.23, p. 5-12, mai./jun. 2007. Disponível em <http://www.conasems.org.br/files/revista23.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2016.

TIMON. **Plano Decenal dos Direitos das Crianças e Adolescentes**. (mimeo). 2014.

TIMON. Secretaria Municipal de Saúde de Timon. **Relatório Anual de Gestão 2016**. (mimeo). 2016.



VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde/ Ana Maria de Vasconcelos. São Paulo: Cortez, 2012.